FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1920

THÈSE

N° 160

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

PAR

Louis MAQUART
Né le 26 Août 1891 à Auvillers-les-Forges.
Ancien Externe des Hôpitaux de Lille.

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE

DES

RÉTRÉCISSEMENTS DU VAGIN

Président : M. BAR, *Professeur.*

PARIS
LIBRAIRIE LITTÉRAIRE ET MÉDICALE
Louis ARNETTE
2, RUE CASIMIR-DELAVIGNE, 2

1920

Faculté de Médecine de Paris

LE DOYEN : M. ROGER — ASSESSEUR M. POUCHET

PROFESSEURS MM.

Anatomie	NICOLAS
Anatomie médico-chirurgicale	CUNEO.
Physiologie	Ch. RICHET
Physique médicale	WEISS
Chimie organique et Chimie générale	DESGREZ
Bactériologie	BESANCON
Parasitologie et Histoire naturelle médicale	BRUMPT
Pathologie et Thérapeutique générales	N.
Pathologie médicale	VAQUEZ
Pathologie chirurgicale	GOSSET
Anatomie pathologique	LETULLE
Histologie	PRENANT
Opérations et appareils	DUVAL
Pharmacologie et matière médicale	POUCHET
Thérapeutique	CARNOT
Hygiène	BERNARD
Médecine légale	BALTHAZARD
Histoire de la médecine et de la chirurgie	MÉNETRIER
Pathologie expérimentale et comparée	ROGER
Clinique médicale	ACHARD, WIDAL, GILBERT, CHAUFFARD
Hygiène et clinique de la première enfance	MARFAN
Clinique des maladies des enfants	HUTINEL
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale	DUPRÉ
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	JEANSELME
Clinique des maladies du système nerveux	P. MARIE
Clinique des maladies contagieuses	TEISSIER
Clinique chirurgicale	DELBET, QUENU, LEJARS, HARTMANN
Clinique ophtalmologique	DE LAPERSONNE
Clinique des maladies des voies urinaires	LEGUEU
Clinique d'accouchements	BAR, COUVELAIRE, RIBEMONT-DESSAIGNES
Clinique gynécologique	J. L. FAURE
Clinique chirurgicale infantile	BROCA
Clinique thérapeutique	A. ROBIN
Clinique d'Oto-rhino laryngologie	SEBILEAU.

Agrégés en exercice

MM.

ALGLAVE	JEANNIN	LOEPER	ROUVIERE
BRANCA	JOUSSET (A.)	MOCQUOT	SCHWARTZ
CAMUS	LABBE (Henri)	MULON	SICARD
CASTAIGNE	LAIGNEL-LAVASTINE	NOBECOURT	TANON
CHAMPY	LANGLOIS	OKINCZYC	TERRIEN
CHEVASSU	LECENE	OMBREDANNE	TIFFENEAU
DESMAREST	LEMIERRE	RATHERY	VILLARET
GOUGEROT	LENORMANT	RETTERER	ZIMMERN
GREGOIRE	LEQUEUX	RIBIERRE	
GUENIOT	LEREBOULLET	RICHAUD	
GUILLAIN	LERI	ROUSSY	

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'École a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A la mémoire de mon Père

A la mémoire de ma Grand-Mère Paternelle

A MA MÈRE

A MA FEMME ET A MA FILLE

A la mémoire de mon Beau-Frère
Emile MEURICE,
Mort au Champ d'Honneur.

MEIS ET AMICIS

A mon Président de Thèse

Monsieur le Professeur BAR

Professeur de Clinique Obstétricale,
Accoucheur des Hôpitaux.

Nous le remercions bien vivement de l'honneur qu'il nous a fait en daignant accepter la présidence de notre thèse et nous le prions d'agréer l'expression de notre respectueuse reconnaissance.

A mes Maitres de la Faculté libre de Lille

et des Hopitaux de Paris

En nous efforçant de réaliser la devise du parfait médecin « Science et Conscience », *nous espérons leur prouver, mieux que par des paroles, toute notre gratitude pour les conseils et les leçons qu'ils nous ont prodigués.*

CHAPITRE I

INTRODUCTION

Dans cette étude nous envisagerons les *rétrécissements permanents* du vagin dont les causes sont multiples. Nous éliminerons d'autres variétés de sténose de ce canal qui relèvent d'une pathogénie différente, mais celles-ci sont *transitoires et fugaces*. Elles peuvent dépendre soit de spasmes musculaires dûs au vaginisme, soit de tumeurs des organes voisins, soit encore d'œdème périnéal parfois très prononcé, surtout chez les albuminuriques.

Cette distinction n'est pas artificielle, car l'évolution et les conséquences de ces deux variétés sont différentes, la première entraînant des complications particulièrement graves lorsqu'une grossesse parvient à évoluer.

*
* *

Dans ces *rétrécissements permanents*, sujet de ce travail, il faut distinguer deux grandes classes dont l'étiologie est entièrement différente.

Les uns sont d'*origine congénitale* et peuvent tenir soit à un *arrêt de développement du vagin* allant même jusqu'à l'absence presque totale de cet organe, soit à des *cloisons complètes ou incomplètes*, transversales ou longitudinales, dépendant pour certains auteurs d'une soudure des replis épithéliaux si marqués au début de la vie intra-utérine. Nous verrons d'ailleurs en étudiant succinctement l'embryologie des organes génitaux externes chez la femme, que les causes de ces sténoses sont encore très discutées. Enfin, la *membrane hymen* peut persister d'une manière anormale et être, elle aussi, cause d'oblitération partielle du vagin.

Les autres sont des *rétrécissements acquis*. C'est parmi eux qu'il faut ranger les *sténoses d'origine mécanique* rencontrées à la suite de plaies accidentelles, de brûlures ou d'anciennes déchirures périnéales, et les *sténoses d'origine infectieuse*, relevant de la syphilis, de la blennorragie et même, le cas a été signalé, de la variole.

*
* *

Le *siège des rétrécissements* peut être profond ou à l'orifice du vagin. Les sténoses par membranes, brides ou viroles congénitales sont le plus souvent *hautes* dans l'organe; au contraire, les oblitérations acquises sont d'ordinaire *basses* et rapprochées de la vulve.

CHAPITRE II

LES RÉTRÉCISSEMENTS CONGÉNITAUX

Pour comprendre le mécanisme et la cause de ces sténoses, il est nécessaire de rappeler brièvement la formation et l'évolution embryologique du vagin.

§ I. — **Embryologie.**

A. ***Constitution.*** — Le vagin est constitué par deux parties bien distinctes : l'une supérieure, rattachée embryologiquement à la formation de l'utérus, l'autre inférieure dépend de la constitution vulvaire.

a. — L'*embryologie de l'utérus et de la partie haute du vagin*, n'est actuellement plus discutée. On sait que les canaux de Müller se rapprochent par leur partie inférieure et fusionnent vers la huitième semaine de la vie intra-utérine, en un canal unique, dit de Leuckart, qui constituera plus tard l'utérus et la partie profonde du vagin.

b. — Il n'en est pas de même pour le *segment inférieur du vagin* dont l'origine est beaucoup moins précise. Celui-ci, en effet, est formé par l'abouchement juxtaposé, d'une part : des canaux de Müller, d'autre part : des canaux de Wolff. Chacun de ceux-ci participe plus ou moins à la constitution du segment inférieur vaginal qui ainsi peut dépendre.

1° *Uniquement du canal de Müller*, comme le reste du vagin.

2° *Seulement du canal de Wolff*, comme la vulve.

3° *Mi-partie des deux sortes de canaux*, n'étant alors, autre chose que le point d'abouchement de ces conduits embryonnaires.

B. *Evolution.* — Quoi qu'il en soit, l'accroissement du vagin se fait lentement au début de la vie fœtale, et ce n'est que dans la deuxième moitié de celle-ci que ce segment se développe en s'allongeant et en s'élargissant rapidement.

Les colonnes, qui ne sont peut-être que des vestiges de la fusion des deux canaux de Müller, apparaissent vers le cinquième mois.

Les plis vaginaux se montrent vers le sixième mois ; ils peuvent être extrêmement développés et occuper toute la hauteur du conduit.

§ II. — **Etiologie.**

On comprend que dans cette évolution si complexe, des anomalies puissent se produire et se traduire par des malformations persistantes.

A. ***Absence de vagin.*** — Dans certains cas, il peut y avoir une absence du vagin. Celle-ci peut être *complète*, et l'organe n'est alors représenté que par un simple cordon fibreux. Le plus souvent, elle est *incomplète* et il n'existe alors, soit au niveau de la vulve, soit à hauteur de l'utérus, qu'un petit cul-de-sac représentant une ébauche du vagin.

Dans les deux cas, les anomalies de l'utérus sont la règle ; leur absence, l'exception.

B. ***Etroitesse du vagin.*** — Celle-ci se rencontre dans les cas d'utérus unicorne, ce qui explique son origine. L'utérus, en effet, se forme alors aux dépens d'un seul conduit de Müller, l'autre ayant avorté dans toute la longueur du canal génital. Par suite, le vagin, formé normalement par l'union de la partie inférieure des deux conduits de Müller, ne se trouve dépendre que d'un seul de ces canaux, et son calibre est ainsi diminué de moitié.

C. ***Cloisons du vagin.*** — Les cloisonnements du vagin peuvent être *longitudinaux* et relever de la persistance de la cloison de séparation des canaux de Müller. Le vagin est alors double, et il ne s'agit pas, là encore, de sténose.

Il n'en est plus de même, lorsque cette cloison ne s'étend que sur une partie de la hauteur du vagin. La paroi interne des canaux de Müller, disparaît, en effet, de haut en bas ; si bien que, lorsque le processus de résorption s'arrête, il persiste une cloison verticale dans la partie inférieure du vagin.

Les cloisons *transversales*, rarement complètes, forment des rétrécissements lorsqu'elles sont partielles.

Elles peuvent siéger à des hauteurs différentes; le plus souvent, elles occupent la partie moyenne du canal ou la partie supérieure.

D'ordinaire uniques, elles peuvent être cependant doubles ou triples : ce sont ces derniers cas que l'on a pu décrire comme des hymens supplémentaires.

Parfois, les cloisons sont épaisses et s'étendent à toute la hauteur du canal ; d'autres fois, au contraire, elles forment un véritable anneau et le vagin est de volume normal au-dessus et au-dessous de lui.

La cause de ces anomalies est très discutée.

Pour Breisky, elles représentent le reliquat d'une inflammation fœtale.

Pour *Wœrner*, il s'agit d'une persistance des replis épithéliaux formés pendant la vie intra-utérine.

Pour *Aschenauer*, les rétrécissements siégeant à l'union du tiers supérieur et du tiers moyen ont pour origine un développement trop hâtif du plancher pelvien qui vient étrangler le vagin.

D. ***Brides du vagin.*** — On a signalé encore des rétrécissements relevant de brides congénitales, tendues d'une paroi à l'autre du vagin et qui ainsi limitent son calibre.

Pour certains auteurs, ces brides ne seraient autres que des vestiges de cloison transversale.

Pour d'autres, on doit les rapprocher de la disparition qui existe à l'état normal chez certains animaux.

« Chez les cétacés, on a trouvé jusqu'à huit replis successifs simulant une série de museaux de tanches superposés. Chez la femelle du chimpanzé, les plis du vagin forment des croissants fort étendus ; chez la brebis, les anneaux ou diaphragmes se succèdent dans le vagin jusqu'au col de l'utérus » *.

E. ***Intégrité de l'hymen.*** — Enfin, certains hymens très épais, permettent le coït sans se rompre. La persistance d'un pont (hymen cloisonné), l'existence d'une membrane annulaire intacte (hymen annulaire), peuvent être une cause de rétrécissement du vagin.

§. III. — **Symptomatologie.**

Les signes des rétrécissements du vagin dépendent non seulement de la forme, du siège et de l'étendue de l'obstacle, mais surtout du diamètre du canal perméable qu'ils laissent libre. C'est pourquoi nous devons distinguer les sténoses serrées, des rétrécissements plus larges.

A. ***Rétrécissements serrés. Atrésies.*** — A côté de l'absence totale du vagin réduit à un simple cordon fibreux, il existe des rétrécissements annulaires très serrés dont l'ouverture n'est pas plus grosse qu'un porteplume.

Il s'agit d'une jeune fille, à l'époque de la puberté qui est soumise à un examen médical parce que, depuis

* S. Pozzi. *Traité de gynécologie pratique et opératoire.* Paris, Masson. Edit. 1890.

ses premières règles, à chaque période d'ovulation elle ressent des *douleurs* extrêmement vives, lancinantes siégeant dans le petit bassin et s'étendant vers la région lombaire. Ces souffrances sont si aiguës qu'elles tiennent la jeune malade couchée, les jambes repliées.

L'écoulement sanguin est très faible, quelques gouttes seulement tachent les serviettes ; il est aussi plus long que d'ordinaire, et il n'est pas rare de voir les malades perdre plus d'une semaine. La menstruation se fait si difficilement qu'il existe parfois des *hémorragies supplémentaires* ; le plus souvent, elles se font par les conjonctives, mais on a noté également des épistaxis et même des hémoptysies.

Si l'on examine les parties génitales, on constate un *rétrécissement canaliculaire* du vagin. Celui-ci, très serré, laisse difficilement passer le doigt. Mais si le toucher est praticable, on trouve des *parois lisses*, sans rugosité, de consistance normale, bien différentes en cela du tissu dur et non dépressible qui caractérise le tissu cicatriciel.

B. *Rétrécissements peu serrés.* — Les rétrécissements peu serrés ont une symptomatologie beaucoup moins bruyante. Les femmes d'ordinaire sont amenées à venir consulter un médecin parce que les rapports sexuels sont impossibles ou douloureux.

D'autres fois, la fécondation s'est produite, mais au moment de l'examen des parties génitales d'une femme gravide, on constate un rétrécissement jusqu'alors insoupçonné.

Dans certains cas même, ce n'est que pendant le travail que l'on s'aperçoit de l'existence d'un rétrécissement vaginal.

a) *En dehors de toute malformation vaginale*, le toucher permet de reconnaître qu'il s'agit d'un *organe normalement conformé, mais très petit* : les parois en sont lisses et fort peu extensibles. D'autres fois, l'on a affaire à un *tonus exagéré des muscles releveurs de l'anus*, en dehors de tout vaginisme produit par leur contracture. Dans ce cas, le doigt sent à deux ou trois centimètres au-dessus de l'hymen, une bande de tissu mou. Cette surélévation de la muqueuse forme de chaque côté un croissant arrondi, ses cornes se rejoignant en avant et en arrière délimitent le pourtour d'un anneau dont le plan est un peu oblique en bas et en arrière. Cette bague n'est autre que le bord interne des muscles releveurs qui, non contractés, déprime en saillie les parois vaginales.

b) *Cloisonnements longitudinaux.* — A côté de ces cas, nous avons vu qu'il existait des malformations congénitales.

1° Les cloisonnements longitudinaux peuvent être *complets* et diviser l'organe dans toute sa longueur. On peut alors introduire les deux index dans le vagin et constater que leur contact, sans interposition de membrane, est impossible. Il est rare que dans ces cas il n'y ait pas de signes d'utérus double.

2° Les cloisonnements longitudinaux sont plus souvent *incomplets* et il n'existe qu'une bride verticale s'étendant plus ou moins loin de l'orifice du vagin.

Celle-ci est facilement reconnue grâce au toucher : le doigt, en effet, peut sentir son bord supérieur qui se trouve à une certaine distance du col, il peut l'accrocher et se recourber autour de lui.

c) *Cloisonnements transversaux.* — Chez une femme présentant des symptômes de sténose vaginale, le toucher profond est quelquefois impossible. Après un certain parcours dans l'organe, le doigt bute contre une membrane tendue au travers du canal et s'accrochant à tout son pourtour. Vient-il à lutter contre elle? Il ne peut la déprimer et provoque de très violentes douleurs; au contraire, plus rarement, il peut la repousser et s'encapuchonner au point de venir toucher, au travers d'elle, le col de l'utérus.

1° Il s'agit d'un *cloisonnement transversal unique.* — Si celui-ci est assez haut situé pour permettre l'introduction d'un spéculum, on constate qu'il est formé par une membrane rosée, plus ou moins épaisse, quelquefois imperforée, mais le plus souvent ouverte en son centre d'un ou de plusieurs petits orifices dont le plus gros, seul, permet le passage d'un stylet, d'une sonde, d'un crayon.

Le bord de ces orifices est net, non frangé, « à l'emporte-pièce »; si l'on cherche à les dilater, l'on n'obtient, quelle que soit la méthode employée, qu'un résultat médiocre, mais toujours ces tentatives entraînent les plus vives douleurs.

Quelquefois, l'orifice central est assez large pour laisser passer le doigt.

2° C'est alors que l'on peut sentir d'autres *cloisons*

étagées derrière la première, conformées comme elle et plus ou moins perforée. Le nombre de ces septum est très variable ; on a pu en compter jusqu'à huit. Dans ces cas, les troubles dysménorrhéïques sont, on le comprend, très prononcés, et l'hématocolpos ou l'hématométrie sont fréquents.

3° Au contraire, il existe des diaphragmes incomplets qui ne s'attachent pas sur tout le pourtour du vagin et forment des *brides transversales*.

Celles-ci sont de deux sortes. Tantôt elles s'insèrent sur une moitié de la paroi du canal et se tendent en un repli falciforme semi-lunaire, tantôt elles traversent « en pont » le vagin, sur les faces duquel elles s'insèrent en des points diamétralement opposés.

Dans le premier cas, il est facile de reconnaître au toucher, cette saillie unilatérale dont le doigt accroche le bord libre sans pouvoir à en faire le tour ; dans l'autre, l'index explorateur peut contourner l'obstacle qui est d'autant plus tendu que cette manœuvre distend le vagin.

Dans les deux cas, ces brides peuvent être uniques ou multiples tout comme le sont les cloisons complètes dont elles dérivent.

d) *Vices de conformation de l'hymen.* — Anormalement, l'hymen reste intact malgré les rapprochements sexuels. Il forme alors un diaphragme qui peut d'autant plus facilement devenir une cause de dystocie qu'il est toujours dans ces cas particulièrement dur et épais. Il est percé d'orifices plus ou moins larges, uniques ou multiples, allant de la grosseur d'un doigt à celui d'un

stylet. Dans ce cas, la fécondation n'est possible que si la membrane se distend et se laisse déprimer.

La situation de ces obstacles en fera reconnaître la nature.

De cette étude, il ressort que les vices de conformation du vagin entraînant des rétrécissements, peuvent avoir de multiples origines et de multiples formes. La plus commune est certainement le rétrécissement circulaire.

CHAPITRE III

LES RÉTRÉCISSEMENTS ACQUIS

Les rétrécissements acquis du vagin constituent une deuxième classe des sténoses de ce canal qu'il convient d'opposer et de distinguer complètement des rétrécissements congénitaux. Leurs causes, bien que multiples, en sont toutes différentes, plus importantes du reste que les précédentes, plus nombreuses également. Ce n'est pas seulement leur étiologie qui permet de les distinguer des rétrécissements congénitaux. C'est aussi leur nature; nous verrons dans la suite toute l'importance de cette distinction car leur gravité est bien plus grande; les rétrécissements acquis cicatriciels étant constitués par des tissus lardacés, néoformés et presque toujours inextensibles. On comprendra alors sans peine que le traitement des complications qui en découlent sera plus délicat et nécessitera souvent des interventions plus radicales.

§ I. — Etiologie.

Ces rétrécissements acquis dans lesquels on pourra rencontrer tous les degrés de sténose constituent une classe assez disparate et il importe pour en simplifier l'étude de les catégoriser en deux grandes divisions selon qu'ils sont d'origine mécanique ou infectieuse; une place à part devra être faite à l'atrophe sénile qui constitue une variété un peu spéciale et que nous étudierons en dernier.

I. *Causes mécaniques.* — Ce sont les plus fréquentes. Elles peuvent avoir plusieurs origines :

a) Il peut se faire au moment d'un *coït brutal* et particulièrement pendant un viol, une déchirure de l'hymen et du vagin. Ces cas sont rares, cependant on en cite plusieurs observations, l'une notamment où toute la partie postérieure du vagin avait été déchirée. La cicatrisation de ces plaies peut entraîner dans la suite un rétrécissement longitudinal plus ou moins étendu du canal vaginal.

b) Mais c'est surtout au cours des *accouchements* que ces déchirures peuvent se rencontrer après application de forceps ou emploi du basiotribe; le plus souvent elles accompagnent une déchirure plus ou moins complète du plancher périnéal et peuvent être l'origine, dans la suite, de rétrécissements cicatriciels.

Cette cause est de beaucoup la plus fréquente; il s'est formé une escharre sur une portion de l'épaisseur du vagin et la cicatrisation de cette plaie provoque un tra-

vail de rétraction inodulaire; on a même vu des cas où une véritable réunion immédiate des parois vaginales s'était constituée, entraînant une atrésie complète de ce conduit.

Il faut rapprocher de ces faits les trop grandes étroitesses du vagin que l'on peut rencontrer à la suite des périnéorrhaphies et qui constituent, du reste, une faute opératoire.

c) Les *traumatismes accidentels* du vagin peuvent, dans certains cas, être la cause de sténoses plus ou moins éloignées de ce conduit. Tantôt il s'agit de blessures accidentelles de nature très diverse, chute sur un objet pointu, coup de corne.

Les corps étrangers peuvent également devenir l'origine de ces rétrécissements éloignés et il existe dans la littérature médicale des exemples fort curieux; tantôt il s'agit de débris de canule; de morceaux de bouteille, de bobines; Pozzi dans son *Traité de gynécologie* en rapporte un cas : le vagin était complètement oblitéré au-dessous d'une bobine enkystée dans la partie supérieure de ce conduit. Le port prolongé de vieux pessaires peut également entraîner des plaies qui, en se cicatrisant, rétrécissent l'orifice vaginal; on rapporte l'histoire d'une vieille femme qui en avait gardé un pendant 34 ans!

d) A la suite de *traumatismes chirurgicaux*, on peut voir se constituer des cicatrices plus ou moins rétractées; particulièrement à la suite de réduction, d'inversion d'utérus ou après extraction de volumineux fibromes.

Les cautérisations peuvent, elles aussi, entretenir une

inflammation chronique du vagin entraînant une rétraction de ses parois; ces cautérisations relevant tantôt de manœuvres abortives, tantôt d'un traitement local par trop intensifié; il en est de même des brûlures survenant soit directement, soit à la suite d'injections avec des liquides trop chauds.

II. *Causes infectieuses.* — Par opposition à ces causes mécaniques, il faut placer ici les rétrécissements du vagin de cause infectieuse. Ils existent véritablement mais il faut bien reconnaître qu'ils sont plus rares et moins intéressants.

Au cours des maladies infectieuses, on peut voir survenir des complications tardives de *gangrène de la vulve et du vagin*; elles sont rares et accompagnent presque toujours des formes particulièrement sévères de la maladie : c'est ainsi qu'on peut l'observer au cours de la rougeole, de la variole (Tarnier), du typhus, de l'état puerpéral; la cicatrisation de ces escharres se faisant très lentement, entraîne presque toujours un rétrécissement marqué du vagin.

L'*esthiomène de la vulve* peut causer, par la cicatrisation de ses ulcérations, des rétrécissements plus ou moins marqués du vagin; soit qu'il s'agisse de la forme ulcéreuse, soit qu'il s'agisse de la forme hypertrophique, mais ce sont là des cas d'exception.

Les *ulcérations syphilitiques* sont rarement cause de diminution de calibre du vagin; cependant le cas a été signalé, particulièrement lorsqu'il s'agit de syphilides en nappe.

La *tuberculose du vagin* est extrêmement rare; aussi est-il seulement nécessaire de la citer.

A la suite de *suppurations du petit bassin*, la cellulite pelvienne peut s'étendre dans le tissu périvaginal, causant ainsi une périvaginite disséquante ou phlegmoneuse qui sera l'origine d'un travail de cicatrisation souvent très intense, qui aura tendance à réduire de plus en plus la lumière du canal vaginal.

Toutes *les vaginites* peuvent enfin se trouver à l'origine d'un rétrécissement du vagin; le plus souvent néanmoins, grâce à un traitement local approprié, cette complication est évitée. Au cours des vaginites graves cependant, on l'a vu survenir soit qu'il s'agisse de vaginite granuleuse, soit plutôt, de vaginite ulcéreuse adhésive décrite par Hildebranld.

Ces formes peuvent se rencontrer dans l'enfance et chez l'adulte; presque toujours elles ont pour origine une infection blennorragique.

Chez les vieilles femmes encore, on peut rencontrer des vaginites de la ménopause, mais ce sont des formes atténuées qui, rarement, se compliquent ultérieurement de rétrécissement.

III. *Tumeurs.* — Une place à part doit être réservée au *cancer* : l'envahissement du vagin par du tissu néoplasique est en effet très fréquent; les bourgeons charnus et les ulcérations que l'on rencontre alors, viennent obstruer la lumière du conduit. C'est surtout à la période avancée des néoplasmes du col utérin qu'on les rencontre, ainsi qu'à la suite d'extension des tumeurs

malignes de la vessie, du rectum ou de la vulve.

Le cancer primitif du vagin est rare, soit qu'il s'agisse de la forme papillaire ou de la forme nodulaire; mais l'évolution très rapide de ces néoplasies fait que les rétrécissements qu'elles entraînent présentent peu d'intérêt ; cependant la forme fibro-sarcomateuse peut avoir une durée fort longue.

Les corps fibreux et les polypes du vagin qui descendent le plus souvent de l'utérus, peuvent obstruer la lumière du conduit génital, et dans certains cas, cette obstruction peut être la cause d'accidents au cours des accouchements.

Enfin, il faut faire place ici pour *l'atrophie sénile du vagin*, le canal se rétrécissant de plus en plus et se réduisant parfois à un véritable conduit infundibuliforme ; il est du reste parfois difficile de distinguer ces cas des *rétrécissements cicatriciels* ou cancéreux.

De cette étude rapide, on se rend compte que ces variétés de rétrécissements relèvent de causes multiples mais il importe de répéter que, parmi ces sténoses acquises, la plus grande part, celle qui présente le plus d'intérêt, revient aux rétrécissements cicatriciels que l'on voit survenir à la suite des accouchements.

§ II. — **Symptomatologie.**

Les signes d'un rétrécissement acquis du vagin sont très voisins de ceux du rétrécissement congénital, tous deux ayant des symptômes d'autant plus nets qu'ils sont plus serrés.

En règle générale, l'âge d'apparition des premiers troubles, l'étiologie indiquent nettement l'origine du rétrécissement. Cependant ces données peuvent manquer de netteté ; il faut alors recourir au toucher et à l'exploration au spéculum.

L'âge d'apparition des premiers accidents est toujours plus tardif. Ce n'est plus une jeune fille ou une jeune femme, mais une ancienne accouchée ou une accidentée qui rattache elle-même les troubles qu'elle présente aux traumatismes reçus.

Ceux-ci sont caractérisés par une *douleur* lors du coït, ce qui n'existait pas auparavant et, surtout si le rétrécissement est très serré, des *règles difficiles*, *longues* et *douloureuses* chez une femme jusque là normalement réglée.

Le toucher fait sentir une *saillie cicatricielle* bombant dans la paroi postérieure du vagin et se prolongeant jusqu'à la fourchette.

D'autres fois, cette cicatrice est irrégulière, circulaire ou en spirale.

Vient-on à la saisir entre deux doigts, elle forme un *cordon dur*, non dépressible et si le tissu cicatriciel est en bandes ou en plaques ainsi qu'on le rencontre lors des brûlures, on sent un plancher rigide et l'on constate l'absence de dilatation du vagin.

Au spéculum, on aperçoit une plaque, une bande ou une traînée irrégulière, blanchâtre, absolument différente de l'aspect que l'on rencontre lorsqu'il s'agit de rétrécissements congénitaux où la teinte de toute la muqueuse vaginale est semblable.

CHAPITRE IV

COMPLICATIONS

Les complications sont de divers ordres, très importantes et souvent graves.

Il faut distinguer deux grandes variétés :

1° *Accidents de rétention dûs à l'accumulation des règles* qui ne peuvent s'écouler librement.

2° *Dystocies* relevant de ces sténoses vaginales.

I. — Accidents de rétention.

a) *Hématocolpos*. — Lorsque les règles apparaissent, leur écoulement peut être empêché par le rétrécissement très marqué du conduit vaginal. Le sang s'accumule alors dans un espace clos qu'il tend peu à peu à distendre : il se constitue alors une véritable tumeur sanguine. La fréquence de ces accidents n'est pas très grande, car dans les atrésies vaginales presque complètes que nous envisageons-là, très souvent les

ovaires et l'utérus sont peu développés et la menstruation ne se fait pas.

Lorsque cette rétention se constitue, presque toujours elle est due à une imperforation de l'hymen, mais elle peut aussi relever d'une sténose presque complète de la partie inférieure du vagin.

On constate alors une tumeur de volume variable, qui fait saillir en avant la partie inférieure du vagin et refoule en avant la vessie, en arrière le rectum. L'utérus est refoulé en haut; il semble coiffer la tumeur d'un bouchon plus dur : un hématocolpos est alors constitué.

b) *Hématométrie.* — Au contraire, lorsque toute l'étendue du vagin est atrésiée, ses parois sont inextensibles; le sang ne peut alors s'y collecter; il s'épanche plus haut dans la cavité vésicale ou dans l'utérus; la matrice se transforme alors en une véritable poche à parois épaisses.

c) *Hématosalpinx.* — Cette masse sanguine augmente peu à peu de volume, mais elle n'a pas tendance à refluer vers les trompes. Lorsqu'une collection sanguine se constitue dans la cavité salpingienne, ce qui accompagne fréquemment l'hématométrie, elle ne provient pas de l'utérus, car la communication entre les deux cavités n'existe pas toujours; c'est sur place qu'elle se constitue, les parois de l'oviducte se distendent sous l'influence de l'excès de pression à l'intérieur du canal génital; ainsi se constitue un hématosalpinx.

Dans ces différentes poches, le sang épanché est épais, noirâtre, parfois même de couleur chocolat, ayant une consistance sirupeuse.

Toutes ces tumeurs apparaissent au moment de la puberté et ont tendance à s'accroître de plus en plus; elles s'accompagnent de douleurs parfois très intenses survenant par poussées au moment de l'ovulation.

d) *Pyocolpos. Pyométrie.* — Enfin dans certains cas, elles peuvent s'infecter, constituant ainsi des abcès qui, s'ils ne sont traités à temps, ont tendance à se faire jour à l'extérieur, soit vers les organes voisins, vessie ou rectum, soit enfin vers le péritoine causant ainsi des péritonites le plus souvent mortelles.

Nous avons vu que tous ces troubles se rencontraient chez la jeune fille, au moment de la puberté. Ces rétrécissements très serrés entraînent en effet des accidents dès le début de la période génitale, et l'on comprend facilement qu'ils sont incompatibles avec les rapports sexuels.

II. — **Dystocies.**

Ce sont les complications les plus importantes et souvent les plus graves.

Il faut bien savoir, en effet, que la fécondation est possible même dans les cas où la sténose est très serrée.

Tantôt l'accouchement est complètement impossible par les voies naturelles, c'est le cas des rétrécissements très serrés et inextensibles, particulièrement des rétrécissements cicatriciels, tantôt l'accouchement est possible mais le travail s'est considérablement prolongé et l'expulsion du fœtus ne se fait qu'au prix de déchirures souvent fort graves du périnée; cette prolongation du

travail peut ainsi devenir dangereuse pour la mère et pour l'enfant.

Devant l'impossibilité de franchir l'obstacle, les contractions utérines peuvent entraîner la rupture ; Wallich et Hartmann en ont publié un cas.

Une statistique de Müller donne une idée de la fréquence et de la gravité de ces dystocies. Sur 38 cas relevés; il y a eu 13 accouchements spontanés sans aucune intervention, 10 accouchements spontanés après incisions sur les parois vaginales, 4 applications de forceps, 9 applications de forceps après incision, une version et une opération césarienne.

CHAPITRE V

DIAGNOSTIC. PRONOSTIC

A. — *Le diagnostic* des rétrécissements du vagin est le plus souvent très facile à faire; il présente donc peu d'intérêt. Cependant, dans certains cas, on pourra en présence d'une étroitesse du conduit génital se demander si l'on a affaire véritablement à une sténose ou s'il ne s'agit que d'un *spasme du vagin*; ce diagnostic sera surtout délicat dans les cas où le rétrécissement relève d'une striction par les fibres du muscle releveur de l'anus anormalement développé; ce sont les commémoratifs, la persistance et la durée de ces troubles qui permettront d'éclairer le diagnostic. Il faudra également se rendre compte si le vagin n'a pas un *abouchement anormal*, soit qu'il s'ouvre dans l'urètre, plus fréquemment dans le rectum.

Plus intéressantes à différencier seront les *causes* de ces rétrécissements; il est des cas où cette distinction

est évidente, lorsqu'il s'agit de *sténoses dues à des tumeurs*, à des *inflammations chroniques*, *à des accidents* récents que les malades vous signalent aussitôt. Mais, dans certains cas, où rien ne peut venir vous guider, on pourra éprouver quelques difficultés, par exemple lorsqu'il s'agit *d'anneaux fibreux*.

Mais ce qu'il importe surtout de reconnaître c'est le *degré d'extensibilité* de ces rétrécissements; l'exploration digitale sera pour cela le meilleur guide.

Certaines *complications* sont souvent d'un diagnostic difficile, particulièrement dans les cas où l'on a affaire à des accidents de rétention du flux menstruel et surtout lorsqu'on se trouve en présence d'un hématocolpos latéral.

Enfin une question intéressante pourra se poser en cas d'atrésie congénitale très étendue : c'est celle de savoir s'il y a une *malformation* très marquée ou une absence complète des *organes génitaux internes*, considération très importante qui influe sur la nature du traitement que l'on devra instituer.

B. — *Le pronostic* des rétrécissements du vagin est très variable; il dépend d'abord du degré de sténose; il est des cas où le conduit réduit à une simple fente, parfois non perméable, donne lieu à des complications redoutables qui peuvent entraîner la mort.

Mais ce qui est plus important, c'est le degré d'extensibilité de ces rétrécissements; soit qu'il s'agisse de le rendre suffisamment large pour permettre le coït, soit qu'il s'agisse d'extraire un fœtus au moment de

l'accouchement. En règle générale, les rétrécissements congénitaux sont plus facilement extensibles que les rétrécissements cicatriciels. Les dystocies qu'ils entraînent peuvent être très graves tant pour la mère que pour l'enfant. La mort peut être amenée par ces dystocies; une statistique de Müller en compte 6 sur 27; et Brindeau note une mortalité maternelle de 43 p. 100 dans 130 cas de rétrécissements serrés.

CHAPITRE VI

TRAITEMENT

Le traitement des rétrécissements du vagin devra être institué de manière différente suivant les circonstances : on peut en effet être amené à intervenir dans des cas dissemblables :

Soit dans le jeune âge pour des accidents de rétention des règles, et plus tard, lorsque ce rétrécissement empêche les rapprochements sexuels.

Soit pendant la grossesse.

Soit enfin au cours des accouchements.

§. I — **En dehors de la puerpéralité.**

On peut être appelé à intervenir dans différentes circonstances soit que le vagin entièrement atrésié oblige à des interventions complexes qui ont pour but d'en créer un presque complètement artificiel, soit que l'on se trouve en présence de complications qui en peuvent

résulter, soit, enfin, que le vagin partiellement sténosé nécessite une intervention dont le but sera d'agrandir sa cavité.

1° *Création d'un vagin artificiel.* — Le vagin est réduit à un cordon fibreux, absolument imperméable, souvent difficile à distinguer. Différentes opérations ont été proposées. Beaucoup d'auteurs, particulièrement *Schroder*, *Hegar* n'en sont pas partisans, estimant que cette intervention est trop aléatoire; d'autres comme *Le Fort* sont moins absolus et estiment que, dans certains cas, on peut intervenir.

Cette opération fut pratiquée la première fois par *Ammusat* : on procède avec la plus grande précaution au décollement du rectum, libération difficile que l'on doit faire très lentement, sinon on risque de s'exposer à des déchirures souvent fort graves. On procédera de même en avant au décollement vésical; une sonde placée dans la vessie aidera beaucoup à se reconnaître. Ainsi on aura créé une zone de décollement de 7 à 8 centimètres, qu'il s'agit maintenant de tapisser de muqueuse. On y arrivera en faisant glisser le lambeau que l'on aura ménagé dans l'incision et dont on augmentera le décollement. Ce lambeau sera fixé à l'intérieur du canal néoformé, on aura soin alors de bourrer de gaze pour éviter autant qu'il est possible la rétraction cicatricielle; malheureusement, dans bien des cas, elle se produira. On devra également dans la suite procéder pendant un temps très long à des séances de dilatation progressive.

Abadie préconise l'emploi de griffes de Tiersch pour

tapisser la cavité vaginale néoformée; on les étale sur un mandrin volumineux glissé dans la cavité rendue béante par deux valves. D'autres auteurs ont essayé du dédoublement des lèvres. *Le Fort*, dans un cas, a employé l'électrolyse : un cylindre de buis, dont l'extrémité était formée par un bout de cuivre, était relié au pôle négatif d'une pile, une plaque métallique placée sur le ventre constituait l'autre électrode; au bout de quelque temps, la tige se creusa une cavité qui fut progressivement agrandie avec des dilatateurs.

Ces interventions plus ou moins complexes peuvent avoir deux buts, suivant que l'on cherche à créer simplement un vagin artificiel, ou que l'on veuille atteindre le col utérin pour reconstituer tout le canal génital; encore est-il bon de s'assurer que les organes génitaux internes existent bien et l'on est autorisé dans ces cas pour en être certain, à pratiquer une laparotomie exploratrice qui permettra de se faire une idée précise de l'état de ces organes.

Il semble malgré tout que quel que soit le procédé, les résultats éloignés ne sont pas toujours très encourageants et l'on devra, à notre avis, agir dans tous les cas avec la plus grande prudence.

2° ***Traitement des complications.*** — On peut également être amené à intervenir pour des complications dues à la rétention des règles : en présence d'un hématocolpos total, il semble que l'on doive rejeter la simple ponction et qu'il vaut mieux inciser prudemment; on commencera par une petite incision que l'on agrandira

dans la suite; l'on a exagéré beaucoup les dangers d'une évacuation trop brusque du contenu vaginal; cette évacuation, lorsqu'on la fait suffisamment lentement, ne présente aucun danger. Après cette intervention, on aura soin de bourrer le vagin avec des mèches stériles ou faiblement antiseptiques pour éviter ainsi le danger d'infection toujours possible.

En présence d'un hématocolpos partiel, il faut savoir que toutes les interventions que l'on peut être amené à pratiquer sont délicates, car la reconstitution de la voie vaginale normale oblige à un décollement vésico-vaginal et recto-vaginal toujours dangereux; dans certains cas difficiles, on peut être autorisé à intervenir en plusieurs fois successives. Certains auteurs même ont préconisé des voies détournées : voie rectale, voie vésicale, voie sacrée, mais tous ces procédés sont peu recommandables.

3° ***Dilatation***. — Lorsque l'on se trouve en présence d'un vagin rétréci, on peut avoir recours à la dilatation. Il faut bien savoir que l'on obtient par ce moyen des résultats presque inespérés, mais il est nécessaire de procéder avec patience, car les conséquences de cette intervention sont souvent fort éloignées. On pourra procéder à la dilatation digitale, ou mieux à l'aide de bougies de Hégar. On peut encore se servir de dilatateurs, tel que le ballon de Champetier de Ribes.

Les résultats sont particulièrement favorables dans les cas de sténose congénitale; ils sont bien moins encourageants lorsqu'on se trouve en présence de rétrécisse-

ments cicatriciels; le tissu fibreux qui forme ces brides étant dépourvu de fibres élastiques, se prête mal à la distension.

4° *La section chirurgicale.* — La dilatation bien qu'étant le procédé le plus recommandable a des limites, et dans bien des cas, on est obligé de recourir à des sections qui permettent de rétablir la largeur du vagin; nous venons de voir que cette manière de faire est surtout indiquée dans les rétrécissements cicatriciels. Lorsqu'on est en présence d'une de ces brides, rien n'est plus facile que de la sectionner; plus délicate est la conduite à tenir en présence d'une sténose étendue; lorsque l'excision et la suture sont impossibles, parce que trop longues; on peut être amené après ablation du tissu cicatriciel à combler la perte de substance ainsi formée à l'aide de greffes muqueuses et cutanées; la surveillance très minutieuse de la cicatrisation sera toujours indiquée, il faudra encore craindre dans la suite les rétractions toujours possibles et tâcher d'y remédier en recourant au plus tôt à des séances de dilatation.

5° *Tumeurs.* — Le traitement dans ces cas est variable suivant la nature de ces tumeurs : lorsqu'elles sont extirpables chirurgicalement, on ne devra pas hésiter. Dans les cas trop étendus, on pourra recourir aux applications de radium qui, de plus en plus tendent à donner des résultats très encourageants.

§ II. — Pendant la grossesse.

Le rétrécissement peut-être dû à une tumeur énucléable tel que polype, fibrome; il est évident que, dans ces cas, il ne faut pas hésiter à les enlever, car leur présence pourrait rendre l'accouchement difficile, parfois même impossible.

C'est ainsi également que l'on peut se trouver au cours de la grossesse en présence d'un thrombus pédiculé du vagin, bien que dans ces cas l'obstacle qui est ainsi constitué soit presque toujours franchissable; il vaut mieux avant l'accouchement intervenir par crainte des accidents infectieux qui peuvent en être la conséquence; l'ablation en est facile; c'est ainsi que MM. Potocki et Sauvage en rapportent deux observations fort intéressantes.

En présence d'un rétrécissement congénital chez une femme enceinte, faut-il intervenir? Le mieux est d'attendre, la grossesse ayant souvent une influence très heureuse sur ces sténoses; il semble que tous les tissus vaginaux se ramollissent aisément et l'on a vu de nombreux cas dans lesquels l'accouchement avait été possible. En présence de rétrécissements cicatriciels, la sténose ne subit aucune modification du fait de la grossesse; c'est là ce qui en fait toute la gravité. On aura alors recours à la dilatation qui donne du reste peu de résultats, ou à la section, mais il faut bien savoir qu'elle n'est possible que si le rétrécissement n'est pas très étendu, particulièrement en cas de brides et l'on ne devra y

recourir que si l'on s'est fait une idée exacte de ses connexions avec la vessie ou le rectum sous peine de s'exposer à des accidents regrettables. Mieux vaut du reste dans tous ces cas attendre le début du travail pour intervenir, soit par la voie basse, soit par la voie haute, ce qui était impossible auparavant puisqu'on aurait été amené à pratiquer un avortement.

§ III. — Pendant l'accouchement.

Nous venons de voir que la grossesse pouvait dans certains cas avoir une influence heureuse sur les rétrécissements congénitaux. *Treub* donne une statistique de *Muller* qui, sur 38 cas recueillis, a observé 13 accouchements spontanés et 25 interventions. Malheureusement, cette terminaison facile n'est pas la règle et une surveillance très attentive doit être instituée; à quel moment, faut-il se décider à intervenir? Là encore les avis sont partagés : cependant les circonstances qui peuvent y conduire sont de deux ordres : l'état de souffrance de la mère ou celle de l'enfant.

Bien entendu, avant de faire quoi que ce soit dans ces circonstances, il a fallu attendre le début du travail; on ne doit jamais intervenir avant, car reconnaître qu'une femme est à terme, est chose pour ainsi dire impossible à faire avec certitude.

L'état de souffrance de la mère sera reconnu lorsque le travail se prolongera trop, lorsque les contractions utérines s'affaibliront, lorsque l'on s'apercevra que les parties fœtales ne progressent pas.

L'état de souffrance de l'enfant, sera parfois difficile à préciser; ce sont les bruits du cœur qui permettront de s'en rendre le mieux compte.

L'intervention que dans ces conditions l'on sera appelé à pratiquer, sera variable suivant les circonstances.

La résistance de l'hymen peut être en jeu ; nous avons vu que la membrane peut être intacte ou que ses débris peuvent former une sorte de bourrelet gênant l'expulsion. Le plus souvent, néanmoins, la résistance cède et il se produit une ou plusieurs déchirures de l'orifice vaginal qui livre passage au fœtus; mais quand il y a arrêt de l'accouchement, il ne faut pas attendre trop, sous peine de s'exposer à une déchirure grave du périnée; il vaut mieux inciser la membrane, en un ou plusieurs points, et, si cela ne suffit pas, pratiquer une application de forceps.

Lorsque ce sont les *bords des muscles releveurs de l'anus* qui font saillie dans la cavité vaginale, la rétrécissent et arrêtent l'expulsion du fœtus, il faut intervenir dans l'intérêt même de la mère et de l'enfant. On essayera d'abord de grands bains et même l'anesthésie chloroformique, et si cela ne suffit pas, on se gardera bien de faire toute incision vaginale et l'on pratiquera une application de forceps. *Benicke* cite une observation dans laquelle la consistance du releveur fut telle que le forceps échoua et qu'on dut pratiquer une craniotomie.

Lorsqu'on se trouve en présence d'un *rétrécissement marqué du vagin*, il faut attendre de savoir s'il se dilatera suffisamment; nous avons vu qu'il ne fallait pas se

presser tant qu'il n'existe pas de signes de souffrance du côté de la femme ou du côté de l'enfant. Mais dès qu'on sera averti, il faudra intervenir. Deux procédés sont possibles, la voie haute et la voie basse.

1. *Voie basse.* — On doit toujours chercher s'il n'y a pas moyen de terminer l'accouchement par cette voie : c'est celle qui a été la plus employée autrefois; mais, devant les progrès de la chirurgie abdominale, on tend de plus en plus à l'abandonner dans de nombreux cas, et à n'y recourir que lorsque le procédé du débridement ne nécessite pas des interventions trop complexes et beaucoup plus dangereuses qu'une césarienne.

En présence de brides cicatricielles inextensibles, on devra les sectionner très prudemment, par petits coups, en se guidant avec le doigt; on fera, de préférence, ces débridements latéralement, de manière à éviter la blessure du réservoir vésical ou du rectum. Cette section est assez facile lorsque la bride siège à l'entrée du vagin, mais lorsqu'on est en présence d'une cicatrice haut placée, près du col utérin, la difficulté devient considérable : on se trouve obligé de se livrer dans la profondeur du vagin à des manœuvres pénibles et l'on ne devra jamais se départir de la plus grande prudence et du plus grand sang-froid.

Une fois la section faite, il faudra tarir l'hémorragie; le mieux sera le tamponnement. On a pu dans certains cas utiliser le ballon de Champetier; on pourra également dans le but de se donner plus de jour, compléter la dilatation obtenue par la section de la bride en écar-

tant fortement les parois vaginales à l'aide des doigts.

2. *Voie haute.* — Mais en présence de rétrécissements très étendus, haut placés, et lorsqu'on connaît mal leurs connexions avec les organes voisins, mieux vaut ne pas se risquer à des interventions vaginales et avoir recours à la voie haute : la césarienne suivie ou non d'hystérectomie.

La chirurgie moderne a permis de rendre cette intervention relativement bénigne. Il faut alors la pratiquer dès le début du travail, lorsque l'on s'est rendu compte de la sténose et qu'on l'a jugée infranchissable. Il ne sert plus d'attendre, car l'on s'expose à des accidents graves.

Cette césarienne doit-elle être conservatrice ou mutilatrice? C'est encore là une question d'espèce : en présence d'un rétrécissement très serré, nous croyons qu'il vaut mieux faire suivre la césarienne d'une hystérectomie : en premier lieu, parce que le drainage est difficile et l'on a à craindre les accidents dûs à la rétention lochiale; en second lieu, pour éviter à la femme les dangers d'une seconde grossesse possible. Toutefois, cette manière de voir a été très justement critiquée par de nombreux auteurs.

Au contraire, si le rétrécissement n'est pas trop étendu, si le drainage est possible et si l'on se rend compte qu'une intervention ultérieure faite en dehors de la grossesse pourra améliorer le degré de la sténose, il vaudra mieux être conservateur et ne pas pratiquer d'hystérec-

tomie, surtout si l'on se trouve en présence d'une femme jeune.

Le *pronostic* de ces interventions est assez variable; il semble que les résultats soient meilleurs lorsque l'on fait suivre la césarienne, d'hystérectomie. La mortalité dans ces cas est de 26 p. 100, tandis que dans les césariennes conservatrices, elle est de 41 p. 100. Le pronostic éloigné est lui aussi à envisager : la conservation de l'utérus devient en effet un danger, car elle rend possible une nouvelle grossesse, qui pourra entraîner les mêmes accidents.

OBSERVATIONS

Obs. I. — *Hématométrie et hématocolpos par absence partielle du vagin* (Communiquée par L. Dieulafé à la *Société Obst. et Gynécologique de Toulouse*. Février 1914).

Jeune fille réglée à 16 ans, et qui un an après présentait une volumineuse tuméfaction de l'abdomen avec des douleurs qui ne cessaient pas dans l'intervalle des crises menstruelles. A ce moment-là, un médecin a conseillé une opération et la malade s'y est décidée; avant son départ pour Toulouse, elle gardait ses moutons dans une lande lorsqu'elle fit une chute dans une profonde excavation du sol. Des voisins, qui se rendent compte de l'accident, accourent et la relèvent. Elle n'avait aucun mal, mais ses vêtements étaient inondés d'un liquide poisseux et épais. Ses selles furent mélangées dans la suite d'une matière épaisse, gluante et noirâtre. En même temps, l'abdomen s'était aplati, la tumeur avait disparu. La collection sanguine sous l'influence de la chute s'était ouverte dans le rectum. Tout rentra alors dans l'ordre.

Cependant bientôt les crises douloureuses recommencèrent, et peu à peu l'abdomen se remit à grossir; exactement un an après, il était devenu aussi gros, et l'opération s'imposa. Je constatai alors l'existence d'une collection abdominale occupant tout l'hypogastre. Les organes géni-

taux externes sont bien conformes, mais le vestibule a un fond lisse sans aucune perforation. Par le toucher rectal, la tuméfaction bombe dans tout le petit bassin, mais par son pôle inférieur reste haute par rapport à la région vulvaire. Dans l'espace compris entre la vulve et la tuméfaction, il n'existe trace d'aucun organe. *Le diagnostic de rétention menstruelle par absence du vagin s'impose.*

L'absence du vagin doit être partielle ; il a dû en exister un segment supérieur à cause de l'innocuité de l'ouverture accidentelle de la tumeur dans le rectum; la cavité péritonéale n'a pas été traversée par la collection lors de cette rupture qui a dû se faire à travers l'espace recto-vaginal.

L'indication opératoire est double : *évacuer la collection; créer un vagin permettant l'écoulement utérin des menstrues et rétablissant une configuration génitale externe.*

Voici le procédé que j'ai mis en pratique :

Incision en H dans le vestibule, les deux branches verticales sont taillées très longues et très en dehors sur la surface même des petites lèvres; l'incision transversale est placée dans le milieu. Les tissus sont refoulés dans la profondeur en commençant par l'incision transversale et en continuant le long des incisions verticales ; on avance peu à peu dans du tissu conjonctif décollable ; le doigt d'un aide, placé dans le rectum guide ce décollement ; après 6 à 8 centimètres de ce décollement, on atteint la partie inférieure de la tumeur; on a, chemin faisant, refoulé deux lambeaux de la muqueuse vestibulaire qui tapissent une grande étendue du nouveau conduit. Dans la profondeur, au contact de la tumeur, le décollement est poursuivi sur la plus grande étendue possible de celle-ci, puis sa paroi est agrippée dans une pince de Museux et incisée au bistouri ; la paroi est dure, longue à traverser; des caillots noirs et du liquide épais couleur de chocolat s'écoulent; l'incision est agrandie avec les ciseaux après évacuation de tout le liquide et de tous les caillots ; le puits vaginal est nettoyé et revu. Des points de

catgut en haut et en bas fixent le bord profond de chaque lambeau et la paroi du décollement.

Un gros drain est enfoncé dans la poche et amené assez loin hors de la vulve; des lambeaux de gaze bourrent l'espace compris entre le drain et les parois du décollement.

Une sonde de Pezzer est mise dans la vessie. Pendant les jours suivants, on fait des lavages par le drain avec de l'eau oxygénée diluée. Après 10 jours, régression complète de la tumeur.

18 jours après l'opération, la malade sort complètement guérie ; on lui recommande de prendre chaque jour des injections de manière à maintenir béant le trajet vaginal.

Les règles reviennent le deuxième mois après l'opération; elles s'écoulent librement à l'extérieur et ne s'accompagnent pas de la moindre douleur.

Depuis cette époque, la malade m'a écrit; elle est mariée, ne souffre plus et paraît satisfaite de ses relations conjugales.

Obs. II. — *Cloisonnement transversal du vagin* (A. Paquet. *Société Obst. et Gynécol.* Lille, 18 décembre 1913).

Femme âgée de 23 ans, entrée dans le service du Professeur Oui le 3 Décembre 1912.

1er pare, réglée trois fois de 18 à 23 ans. A son entrée dans le service, elle présentait des contractions utérines extrêmement intenses et faisait de vains efforts pour expulser son fœtus.

Le travail remontait au 1er Décembre à 22 heures. La poche des eaux s'était rompue le 3 à 5 heures. Présentation du sommet en GA.

Par le toucher, on cherche en vain le col utérin ; le doigt introduit dans le vagin, on sent le cul-de-sac antérieur qui est assez élevé et profond. Suivant alors la paroi antérieure et après avoir décrit une courbe à concavité antérieure il aboutit dans le même cul-de-sac antérieur. On ne perçoit donc ni

cul-de-sac postérieur, ni col utérin. La femme est mise en position obstétricale, et les lèvres étant écartées, on constate que la paroi vaginale postérieure est comme refoulée en avant par la tête fœtale, profondément descendue et qu'elle se continue avec la paroi antérieure. Elle présente sur son trajet deux petits orifices situés l'un à droite et en avant, l'autre à gauche et en arrière.

Il s'agit donc d'un cloisonnement presque absolu de l'extrémité supérieure, créant un obstacle au passage du fœtus.

L'intervention qui s'impose est des plus simples : section au bistouri de la cloison entre les 2 orifices. On sent alors au toucher l'orifice du col qui a la dimension d'une pièce de 5 francs.

La dilatation s'achève rapidement; et à 17 heures, l'épuisement de la femme nécessite une application de forceps.

Enfant vivant de 3600 grammes.

Obs. III. — Cloisonnement longitudinal du vagin. (Vouters. — *Soc. Obst. et Gynéc.*, Lille. 24 Mai 1911).

Mme X, 32 ans, entre à la Maternité le 10 mai 1911 à 1 heure du soir. Poche des eaux rompue la veille à 2 heures du soir. Le toucher montre que *le vagin, dans une partie de son étendue, est divisé en deux parties par une cloison médiane* allant de sa paroi postérieure à sa paroi antérieure. Cette cloison assez souple descend en bas jusqu'à 2 centimètres environ de la vulve et se tend en haut jusqu'à 8 centimètres de l'orifice vulvaire.

Estimant l'accouchement impossible dans ces conditions, je pose des ligatures au catgut sur la cloison et je la sectionne entre 2 ligatures.

Le fœtus est extrait vivant par une application de forceps en O. P. et pèse 2100 grammes.

Délivrance normale.

Obs. IV. — *Atrésie cicatricielle du vagin au terme d'une grossesse. Dilacération. — Guérison.* (R. Mercier et E. Vialle (de Tours). in *S. Obst. et Gynéc. Paris.* Janvier 1906).

Le 2 Février 1905, nous avons été appelés par une sage-femme qui ne pouvait terminer l'accouchement auprès de Mme D. âgée de 41 ans, repasseuse, accouchée pour la première fois en 1891 et qui depuis n'a pas été examinée.

Les dernières époques remontent au 28 Avril 1904; les règles ont alors été très diminuées en quantité. Dès le mois de Mai, la malade se plaint de pertes blanches abondantes et consulte une sage-femme qui lui ordonne des injections de permanganate de potasse. L'examen pratiqué à cette date par cette sage-femme a été assez difficile, et le col n'a pu être atteint.

La grossesse évolue normalement, et le 2 Février 1905 le travail commence. La sage-femme voyant apparaître les douleurs expulsives et ne pouvant découvrir le col utérin, nous fait appeler. Un examen attentif nous permet de constater *une atrésie cicatricielle totale*, divisant le vagin en deux compartiments : l'un antérieur dans lequel l'index pénètre librement sur une longueur de 6 centimètres, la partie la plus profonde étant la supérieure; l'autre postérieur occupé par la poche des eaux et le sommet de la tête fœtale.

La malade est transportée à notre clinique et sous le chloroforme, la *dilacération digitale* est pratiquée, un plan de clivage ayant pu difficilement être obtenu. Sur la ligne médiane de la paroi postérieure, l'ouverture est peu à peu agrandie, mais sur les parties latérales, la résistance est beaucoup plus grande. Le forceps est appliqué en OIDT et une fille du poids de 2.975 grammes est extraite vivante. Suites de couches normales.

Chez notre malade, la sténose paraît s'être produite sous

l'influence d'une *vaginite plastique* exacerbée par la grossesse.

En présence d'une telle anomalie, grande fut notre préoccupation. L'accouchement était si avancé que nous ne pouvions songer à une opération césarienne qui eut été l'opération de choix. La dilacération nous fut imposée par les circonstances; en la pratiquant manuelle, nous avons voulu éviter les échappées possibles d'un instrument tranchant. Nous étions bien décidés d'ailleurs, en cas de déchirure de l'une des parois, de faire pratiquer l'hystérectomie complémentaire.

Obs. V (Résumée). — Cloisonnement transversal du vagin. — Dilatation. — Applications infructueuses de forceps. — Basiotripsie (Bué. *Société Obst. de France*, 1902).

Primipare, 20 ans. Règles régulières depuis l'âge de 16 ans. Malformation non soupçonnée jusqu'à l'accouchement. Présentation du fœtus en OIGA. Bruits du cœur normaux.

Au toucher, l'auteur est frappé de la brièveté relative du vagin.

« A 6 centimètres de la vulve, le doigt est arrêté par une cloison qui se laisse refouler par le doigt; derrière, on sent les bords de l'orifice utérin en voie de dilatation. En recherchant l'orifice de communication que je suppose exister entre les 2 segments vaginaux, le doigt perçoit à peu près au centre de la cloison une dépression légère qui ne donne pas la sensation d'un orifice véritable. Je plaçai deux valves de Sims; elle m'apparaît de coloration violacée. En son centre, je vis filtrer quelques bulles d'air et de liquide qui m'indiquèrent la situation exacte de l'orifice dans lequel je pus introduire seulement un hystéromètre ».

L'auteur attend jusqu'à la dilatation complète du col utérin; l'orifice de la cloison vaginale n'a pas augmenté de diamètre.

Dilatation par les bougies de Hégar, puis digitale « jusqu'à ce que, de la cloison, on ne sente plus que la circonférence se confondant avec la paroi vaginale. A ce niveau, celle-ci est plus dure, moins souple, moins extensible ».

Application de forceps, mais « dès que la tête fœtale présenta sa grande circonférence au point d'insertion circulaire de la cloison, je me sentis arrêté par un obstacle insurmontable. Le canal vaginal se refuse à toute dilatation plus ample ».

Deux heures après, nouvelle application de forceps aussi infructueuse que la première, malgré les tentatives réitérées de dilatation digitale de ce cercle vaginal qui enserre fortement la tête.

L'enfant souffre; bruits du cœur fœtal très accélérés, perte de meconium.

L'auteur s'apprête à sectionner la paroi vaginale.

La mort de l'enfant survenue entre temps permet une basiotrepsie qui extrait un fœtus de 3.600 grammes.

Obs. VI. — Rétrécissement annulaire du tiers supérieur du vagin d'origine congénitale. — Opération de Porro. — (Prof. Couvelaire. *Société Obstétric. de France*, 1908).

Mme B..., 44 ans. Son père est mort d'une affection cardiaque; sa mère est morte de tuberculose pulmonaire.

Elle a eu 2 sœurs; l'une morte de tuberculose pulmonaire à 36 ans après avoir eu 2 enfants; l'autre actuellement vivante mère de 5 enfants.

Réglée à 13 ans, après une enfance exempte de maladies.

Règles douloureuses durant 4 à 5 jours.

Premier mariage en 1897. Pas de grossesse.

Deuxième mariage en 1907. Dernières règles le 10 Novembre 1907.

La grossesse évolue sans incidents. Le 2 Septembre 1908, premières contractions douloureuses. Les contractions se

succèdent assez espacées pendant 48 heures. Les membranes se rompent spontanément le 3 Septembre. Le 4, le médecin inquiet de ne plus entendre les bruits du cœur fœtal et de percevoir par le toucher un rétrécissement insolite du vagin, me prie d'examiner sa cliente.

Je constate que l'utérus dont le fond s'élève à 37 centimètres du pubis renferme un fœtus, présentant le sommet fixé au détroit supérieur. Les bruits du cœur ne sont pas perçus.

Il s'écoule par le vagin un liquide vert fétide.

Le doigt introduit dans le vagin vient buter à 5 centimètres environ de la vulve, sur un anneau admettant à peine la pulpe de l'index, si bien que le vagin a la forme d'un éteignoir.

Les parois vaginales ont la consistance habituellement observée à la fin de la grossesse, et cela aussi bien dans la portion rétrécie.

L'index peut, à grand'peine, par une série de mouvements de vrille, traverser le rétrécissement; la résistance n'est pas due à un état pathologique de la muqueuse. Il ne semble pas non plus qu'une sclérose annulaire périvaginale soit la cause de cette résistance.

Le rétrécissement franchi, le doigt pénètre dans une petite cavité dont la voûte est constituée par une bosse séro-sanguine encerclée par l'orifice cervical effacé, à bords minces, dilaté comme une pièce de un franc.

Soulevant la tête avec le doigt, on fait couler un liquide verdâtre putride.

L'enfant étant mort, l'œuf étant certainement infecté (liquide putride, température 37°8), il y avait indication pressante de vider l'utérus.

Une dilatation des parties molles me parut dangereuse chez cette primipare de 44 ans, à vagin rétréci, et je conseillai l'opération de Porro.

La parturiente fut transportée à la maternité de Saint-

Louis où je pratiquai immédiatement l'opération de Porro.

Extraction d'un fœtus mort en voie de putréfaction pesant 3.580 grammes et amputation utéro-ovarique.

L'opérée guérie quittait 5 semaines après l'hôpital.

Avant son départ, un nouvel examen permet de constater à nouveau l'existence de ce rétrécissement serré du tiers supérieur du vagin. Le bassin osseux est normal. La malade n'a aucun antécédent gynécologique. Elle n'a jamais constaté de signes de syphilis et n'en porte aucun stigmate.

Elle n'a subi aucun traitement génital.

L'étiologie de son rétrécissement vaginal reste donc obscure. *Il s'agit peut-être d'une malformation congénitale.*

Obs. VII. — (Potocki. — *Bulletins de la Soc. Obst. Gyn. et Péd.*, Juillet 1908). — Femme de trente-quatre ans, 1re pare, *ayant un rétrécissement congénital du vagin*, sous forme de diaphragme extrêmement serré, à bords épais, situé 4 centimètres environ de la vulve et permettant à peine le passage du petit doigt.

Au-dessus de cet orifice on devinait plutôt qu'on ne sentait le col utérin.

Le travail s'établit au terme de la grossesse le 24 septembre 1902; l'enfant se présentait par le sommet en G. A.

Au bout de vingt-quatre heures, le col utérin nettement perceptible étant seulement dilaté comme 1 franc et au-dessous de lui on sentait le diaphragme vaginal dur et inextensible.

Les membranes sont rompues, mais la tête ne progresse pas dans les heures qui suivent, car le diaphragme vaginal, sur lequel elle appuie pourtant, ne s'ouvre pas.

26 Septembre. — La femme est en travail depuis quarante-huit heures sans que les choses aient avancé : il faut terminer l'accouchement artificiellement.

M. Potocki renonce à pratiquer des incisions sur le dia-

phragme vaginal de peur qu'au moment du passage de l'enfant, elles ne s'agrandissent et ne s'étendent à la vessie et au rectum. Il se décide pour l'opération césarienne qu'il fait suivre de l'amputation utéro-ovarique.

La femme guérit sans incidents et allaita son enfant.

Obs. VIII. — (Communication du Dr Hartmann à la *Société d'Obstétrique et de gynécologie* de Paris, 6 Juillet 1908).

Mme M..., 39 ans 1/2, a vu apparaître ses règles pour la première fois à 14 ans, sans douleurs. Pendant les premières années, tout se passa bien, les règles venaient chaque mois, duraient 1 à 2 jours. Puis, peu à peu, elles devinrent douloureuses, un peu irrégulières, extrêmement difficiles. Vers l'âge de 25 ans, chaque époque menstruelle fut l'occasion de douleurs excessivement violentes. A cette époque, le docteur Dubail, consulté, constata l'existence d'un rétrécissement du vagin tellement serré qu'il n'y trouva que difficilement un pertuis dans lequel il put cependant, engager une bougie filiforme. A la suite d'une opération sur la nature de laquelle la malade ne nous donne pas de renseignements bien précis, les règles cessèrent d'être douloureuses.

En 1905, nous voyons la malade pour la première fois. La vulve est normale, mais à 3 ou 4 centimètres de la fourchette, nous constatons l'existence d'un rétrécissement circulaire du vagin qui n'admet que difficilement le doigt. Nous conseillons à la malade de ne rien faire puisqu'elle ne souffre pas, lui disant qu'il y a peu de chances de conception, mais que s'il survenait une grossesse, un accouchement par les voies naturelles semble devoir être à peu près impossible.

En Octobre 1907. — Nous examinons à nouveau la malade; les règles sont venues pour la dernière fois le 29 Juin ; il y a grossesse manifeste.

La malade retourne dans la Sarthe où elle se fait faire une dilatation progressive du vagin. Lorsque nous la revoyons en Février 1908, la grossesse a continué régulièrement.

Nous constatons qu'à la suite de la dilatation faite et peut-être aussi de la grossesse, le vagin est manifestement plus large. Le toucher du col est devenu facile. Cependant lorsqu'on introduit plusieurs doigts, on constate qu'au niveau du rétrécissement, le vagin, distendu à certain degré sur une longueur de 2 à 3 centimètres, est rigide et absolument inextensible. Dans ces conditions, nous craignons une rupture au cours de l'accouchement et pensons que le plus prudent pour sauvegarder la mère et l'enfant, c'est de faire une opération césarienne.

La malade entre dès lors, en Mars, dans une maison de santé à Neuilly pour y attendre le terme de sa grossesse.

Le 29 Mars 1908. — A 8 heures et demie du soir, début des douleurs. A 10 heures et demie, anesthésie par le docteur Bourdon. Avec l'aide de Mlle Van Stockum, nous pratiquons l'opération césarienne. Incision médiane ; l'utérus est amené au dehors ; les bords de la partie supérieure de l'incision abdominale sont provisoirement maintenus au contact avec deux pinces de Museux. Comme nous ne sentons pas le placenta, nous incisons directement le fond de l'utérus et sa face antérieure.

Nous tombons sur le placenta, le décollons rapidement, crevons l'œuf, saisissons un pied et amenons d'un coup au dehors, enfant, cordon et placenta. Une pince est placée sur le cordon qu'on coupe et nous confions l'enfant à une garde. Il crie immédiatement.

Notre aide étreignant la région du col à pleines mains, nous lions les utéro-ovariennes en dehors des annexes, puis les ligaments ronds ; nous incisons le péritoine anté-utérin, décollons la vessie, lions les utérines, sectionnons le col, rapprochons par quatre catguts les bords de cette section, péritonisons le petit bassin et refermons le ventre.

Guérison sans incidents. L'enfant, qui pesait au moment de la naissance 3.120 grammes, s'est bien développé. Actuellement la mère et l'enfant continuent à se bien porter.

CONCLUSIONS

I. — Les rétrécissements du vagin sont d'origine congénitale ou cicatricielle, à l'exclusion de la diminution de cet organe par spasme ou tumeur avoisinante.

II. — Les rétrécissements congénitaux proviennent d'une malformation embryologique et d'un arrêt de résorption de la paroi des canaux de Wolff et de Müller qui forment la vulve, l'hymen et le vagin.

Les premiers symptômes se déclarent à la puberté ou au mariage. Simplement subjectifs, si le rétrécissement est peu serré, ils sont objectifs lorsque le canal vaginal devient très étroit.

Localement les rétrécissements peuvent être transversaux ou longitudinaux, complets ou partiels, uniques ou multiples.

III. — Les rétrécissements acquis relèvent de traumatismes locaux ou d'infections.

Les symptômes se révèlent plus tard que dans les sténoses congénitales.

Localement, on constate des cicatrices plus ou moins exhubérantes, de teinte blanchâtre et de consistance dure.

IV. — Les complications sont de deux ordres : rétention du flux menstruel ou dystocie d'origine vaginale.

V. — Le diagnostic est d'ordinaire facile.

Le pronostic dépend du degré d'extensibilité des parois, de la largeur de la partie perméable, de la survenue ou non d'une grossesse.

VI. — Le traitement est exclusivement chirurgical. On peut dans certains cas être appelé à créer un vagin artificiel.

En dehors de la grossesse, la dilatation est plus souvent indiquée dans les rétrécissements congénitaux; le débridement dans les sténoses acquises.

Pendant la grossesse, on devra autant que possible s'abstenir de toute intervention.

Pour l'accouchement, on utilisera la voie vaginale lorsque le rétrécissement est peu étendu et peu profond; on pratiquera au contraire une opération césarienne en présence de longues sténoses. Cette intervention sera conservatrice, si le rétrécissement n'est pas trop serré, mutilatrice, en cas contraire.

Vu : le Président,
BAR

Vu : le Doyen,
H. ROGER

Vu et permis d'imprimer
Le Vice-Recteur de l'Académie de Paris.
L. POINCARÉ.

BIBLIOGRAPHIE

Abadie. — *Gazette des Hôp.*, 1908, p. 1483.

Aubert. — Indications de la césarienne en dehors des bassins rétrécis (*Revue méd. de la Suisse romande*, 1917).

Bar, Brindeau et Chambrelent. — La pratique de l'art des accouchements.

Barnes. — Traité clinique des maladies des femmes. Paris 1876, p. 727.

Beauregard (H.) et Boulard. — *Journal de l'Anat. et de la Phys.*, 1882.

Budin (Pierre). — Obstétrique et gynécologie 1885, p. 310.

Bué. — *Société obstét. de France*, 1902.

Couinaud Paul. — Etude de quelques indications de l'opération césarienne. *Thèse Paris* 1919.

Couvelaire. — *Société obstétricale de France* 1908.

Delaunay. — Etude sur le cloisonnement transversal du vagin. *Th. Paris*, 1877.

Dieulafé. — *Société obst. et gynécologique. Toulouse*, Février 1914.

Duvelius. — Soc. obst. of gyn. de Berlin, *in Centr. f. gyn.*, 1889, n° 9.

Dunning. — *Journal of the American med Ass.*, 1er Décembre 1888.

Geigel. — Ueber variabilitat en der Entwickelung der Geschlechtsorganes bei Menschen, 1883.

Hartmann. — Opérat. césar. pour rétrécissement du vagin (*Soc. Obst. Gyn.*, Juillet 1908).

Hoffmann. — Congrès des méd. et nat. all. (*Centr. f. gyn*, 1878 n° 21).

Holst. — *Beiträge zur gyn. und. geb.* (Heft I-63).

Hoppenheimer. — *New Yorker med. Woch.* (Février 1889. Bd I, n° 2, p. 89).

Kennedy. — *Dublin Journal*, Vol XVI).

Kyri. — *Soc. obst. et gyn. de Vienne*, 15 Mai 1888.

Le Fort. — Manuel de Médecine opératoire de Malgaigne, 1889, T. II, p. 698.

Meissner. — Frauenkrankheinten, vol. I, p. 363.

— Lehrbuch der Frauenkr, 1842.

Paquet. — *Société obst. et gynéc. Lille*, Décembre 1913.

Picqué (L.). — *Annales de gyn.*, 1890, Février, p. 124.

Pinard. — Discussion des rapports sur l'opération césarienne (*Soc. Obst. de France*, 1909).

Polaillon. — *Bull. de la Soc. de Chir.*, 23 Mars 1887, p. 204.

Pozzi. — Rétrécissement congénital du vagin. *Sté d'obstétrique de Paris*, 6 Juillet 1908.

— Traité de gynécologie clinique et opératoire, 1890.

Rathke. — Abhandl. z. Entw, 1832, I, p. 57.

Sänger. — Soc. obst. of. gyn. de Leipzig, 21 Janvier 1889 ; *in Centrbl. f. gyn.*, 1889, n° 25.

Schröder. — Maladie des organes génitaux de la femme. *Trad. franç.*, 1886, p. 497.

Segond (P.). — *Bull. Soc. Chir.*, 1885, p. 840.

Simon. — *Berl Klin Worschr.*, 1875, n° 20.

Squarey. — *Obstet. Trans. London*, Vol. XIV, p. 212.

Ssollowjew. — *Soc. obst. f. gyn. de St Pétersbourg*, 23 Février 1888.

Tarnier et Budin. — Traité d'accouchements. T. III, p. 386.

Taylor. — *Trans. of the Americ. gynec. Soc.*, 1888, t. IV, p. 104.

Terrillon. — *Rev. de Chirurg.*, 1887. Tome 7, p. 71.
— *Bull. de Thérap.*, 1887, p. 390.
Tourneux. — *Bull. de la Soc. de Biologie*, 8 Février 1890, p. 75.
Trouin. — *Concours médical*, 7 Mai 1887.
Vouters. — *Société. obst. et gynécologique*, Lille, Mai 1911.
Wolczynski. — *Centr. für gyn.*, 1882, n° 18, p. 241.

TABLE DES MATIÈRES

		Pages
Chapitre	I. — Introduction	5
Chapitre	II. — Les rétrécissements congénitaux	7
Chapitre	III. — Les rétrécissements acquis	17
Chapitre	IV — Complications	24
Chapitre	V. — Diagnostic. Pronostic	28
Chapitre	VI. — Traitement	31
Chapitre	VII. — Observations	42
Conclusions		53
Bibliographie		55

Coulommiers. — Imp. Dessaint & Cie, 41, rue de Melun.